

95 Замков
Полякова О. К.



ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

**«Анализ причин обращения в кабинет неотложной
помощи детской поликлиники»**

Выполнил: Обучающийся 5 курса 3 группы
педиатрического факультета
Маслиева Анна Евгеньевна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение
2. Цель научно-исследовательской работы
3. Задачи научно-исследовательской работы
4. Основные определения и понятия
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы
6. Роль врача в работе кабинета неотложной помощи
7. Собственное исследование
8. Выводы
9. Список литературы

Введение

Организация неотложной помощи в детской поликлинике играет важную роль в укреплении здоровья детей. Кабинеты неотложной помощи позволяют значительно улучшить качество и повысить доступность и оперативность оказания неотложной медицинской помощи детскому населению

Актуальность данной темы заключается в том, что по данным официальной статистической отчетности, распространенность патологии и заболеваемость среди детей ежегодно увеличиваются на 4–5%. При этом у детей, особенно раннего возраста, нередко возникают состояния, требующие быстрого оказания медицинской помощи, но сложившаяся система организации скорой и неотложной медицинской помощи недостаточно эффективна, что требует совершенствования форм ее оказания в амбулаторных условиях. В 2018 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ был издан приказ **ПРИКАЗ от 7 марта 2018 г. N 92н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**, определяющий порядок оказания педиатрической помощи. Согласно этому документу, для оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре амбулаторно-поликлинических организаций могут создаваться подразделения, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

В настоящее время действует **ЗАКОН ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 25 декабря 2017 года N 139-ОД О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2018 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2019 И 2020 ГОДОВ**

«2.1. При оказании медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям:

- 1) прием пациента осуществляется вне очереди и без предварительной записи. Экстренная медицинская помощь оказывается безотлагательно. Срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должен превышать двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- 2) осуществляется прием всех обратившихся независимо от прикрепления пациента к поликлинике;

3) отсутствие страхового полиса и документов, удостоверяющих личность, не является причиной отказа в экстренном приеме.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить причины обращения детей в кабинет неотложной помощи детской поликлиники №15.

Задачи научно-исследовательской работы

- Провести анализ форм оказания неотложной помощи
- изучить структуру, оснащение, документацию, причины вызовов
- медицинский персонал, оказывающий неотложную медицинскую помощь
- доля обращения с разными нозологическими формами
- критерии эффективности работы

Основные определения и понятия

Кабинеты неотложной медицинской помощи являются структурными подразделениями ГУЗ «ДКП № 15» для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, неопасных для жизни и не требующих экстренной специализированной медицинской помощи.

Неотложная медицинская помощь оказывается в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами детской поликлиник.

Согласно ЗАКОНУ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 25 декабря 2017 года N 139-ОД О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2018 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2019 И 2020 ГОДОВ

«Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;»

В случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний медицинские работники принимают меры к их устранению с использованием стационарной или переносной укладки экстренной медицинской помощи и организуют вызов бригады скорой медицинской помощи либо транспортировку больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника.

После оказания неотложной медицинской помощи больному и устранении либо уменьшении проявлений неотложного состояния больной направляется к врачу либо участковому врачу передаются сведения о больном для осуществления посещения больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) в течение суток.

Перечень оснащения кабинета неотложной медицинской помощи для
ДЕТСКОГО населения:

- электрокардиограф,
- глюкометр (в комплекте - 10 полосок),
- тонометр с детской манжеткой
- фонендоскоп,
- ящик с медикаментозной укладкой:
 - ножницы медицинские 1 шт.
 - шпатель одноразовый 10 шт.
 - жгут кровоостанавливающий 1 шт.
 - термометр медицинский в футляре 2 шт.
 - жгут для в/в инъекций 1 шт.
 - пинцет стерильный одноразовый 1 шт.
 - шприцы с иглой одноразовый стерильные 2мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл (по 5 штук каждого вида)
 - одноразовая стерильная система для вливания инфузионных растворов 5 шт.
 - пластырь для фиксации в/в катетеров 1 шт.
 - маска медицинская одноразовая 10 шт.
 - бахилы одноразовые 10 шт.
 - контейнер с дезраствором для использования игл (иглоотсекатель) 1 шт.
 - перчатки резиновые одноразовые нестерильные 10 пар
 - перевязочные средства: бинты стерильные различных размеров 10 шт.
- бактерицидный пластырь 1 упаковка (20 шт.)
 - гемостатическая губка малая 5 штук
 - гемостатическая губка большая 5 штук
- бинты сетчатые, трубчатые (голень, бедро, плечо, предплечье) 5 штук
 - лекарственные средства:
 - Аминофиллин (эуфиллин) 2,4% - 10 мл/1 ампулы

Аммиак 10% - 40 мл/1 флакон
Анальгин 50% - 2,0 мл/3 ампулы
Парацетамол 0.5 мг 1 упаковка
Бетадин 10% (йод) – 30 мл/1 флакон
Баралгин 5.0 мл/2 ампулы
Глицин 0.1 г/20 таблеток
Дротаверин (но-шпа) 40мг/2мл/3 ампулы
Димедрол 1% - 1,0 мл/2 ампулы
Клемастин (Тавегил) 2 мг/2 мл/2 ампулы
Корвалол 25 мл/1 флакон
Кофеин-бензоат натрия 20% - 1 мл/1 ампула
Магния сульфат 25% - 10 мл/4 ампулы
Масло вазелиновое 25 мл/1 флакон
Метоклопрамид (Церукал) 10 мг/2 мл/2 ампулы
Натрия хлорид 0,9% - 10 мл/4 ампулы
Перекись водорода 3% - 40 мл/1 флакон
Папаверина гидрохлорида 2% - 2 мл/2 ампулы
Преднизалон 30мг/мл - 1 мл/4 ампулы
Салфетки спиртовые 10 штук
Уголь активированный 0,25 №10/5 упаковок
Фуросемид (Лазикс) 20мг/2мл/5 ампул
Хлоропирамин (Супрастин) 2% - 1 мл/2 ампулы
Эпинефрин (Адреналин) 0,1% - 1мл/5 ампул

Функции кабинета:

- оказание необходимой неотложной медицинской помощи населению при острых и обострениях хронических заболеваний;
- обеспечение преемственности в работе пункта неотложной медицинской помощи с отделением скорой медицинской помощи;

- осуществление своевременной транспортировки больных, нуждающихся в стационарной помощи, из мест проживания в стационар по направлению врача или фельдшера ПНМП (по согласованию с зав.отделением);
- обеспечение преемственности с участковыми врачами, врачами общей практики в проведении лечения и последующего наблюдения (актива) за больными;
- своевременное оповещение филиала Управления Роспотребнадзора о случаях впервые выявленных инфекционных заболеваний;
- осуществление мероприятий, направленных на выполнение норм и требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, соблюдение правил техники безопасности и противопожарной безопасности, выполнение внутреннего трудового распорядка и трудовой дисциплины; подготовка к работе в чрезвычайных ситуациях.
- Ведение ежедневного медицинского статистического учёта и предоставление отчётности в установленном порядке.
- Проведение систематической работы по совершенствованию профессиональных знаний. Практических навыков медицинского персонала.
- Развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания неотложной медицинской помощи, внедрение современных технологий, повышение качества работы медицинского персонала.

Медицинские работники не выдают документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, и судебно-медицинских заключений, не проводят экспертизу алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

Контроль за работой кабинета неотложной медицинской помощи осуществляется следующим образом:

I уровень – по детской поликлинике № 15 (зав.поликлиникой)

II уровень – по детской поликлинике №15 (зам.главного врача)

С 13.06.18 по 26.06.18

ПЕРЕЧЕНЬ поводов к вызову бригады неотложной медицинской помощи детскому населению

1. Кишечные инфекции и пищевые отравления
2. Температура выше 38⁰С у детей до 3-х лет, температура выше 39⁰С у детей старше 3-х лет (на момент вызова врача), не снимающаяся таблетированными препаратами.

3. Сильные боли в животе при обострениях хронических заболеваниях ЖКТ.
4. Многочасовая икота.
5. Сильные головные боли на фоне мигрени, не снимающиеся таблетированными препаратами.
6. Сильная одышка и кашель.
7. Обострения и ухудшения состояния больных с хроническими заболеваниями.
8. Ожоги малой площади.
9. Носовое кровотечение.
10. Почечная колика.
11. Аллергическая реакция (отёк Квинке)

Кабинет неотложной медицинской помощи находится в поликлинике на первом этаже, напротив регистратуры.

«Время ожидания медицинского работника на дому для оказания медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать двух часов с момента обращения в медицинскую организацию в рамках графика работы медицинской организации.»

Все вызовы от населения по поводу несчастного случая, травмы, электротравмы, отравления, неукротимой рвоты, некупирующегося приступа бронхиальной астмы, острых болей в животе, в груди, а также вызовы с улицы, общественных мест, лечебных учреждений, дошкольных и школьных учреждений вне зависимости от повода к вызову, выполняются дежурным врачом и входят в его обязанности.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Я провела анализ форм оказания неотложной медицинской помощи в ГУЗ «ДКП № 15». Неотложная медицинская помощь оказывается в поликлинике средним медицинским персоналом (первичная доврачебная медико-санитарная помощь), врачами-педиатрами (первичная врачебная медико-санитарная помощь), а также врачами-специалистами (первичная специализированная медицинская помощь). Оказание неотложной медицинской помощи детскому населению осуществляется на приеме в поликлинике и вызовы на дом.

Сегодня в штатном расписании кабинета предусмотрено 1 ставки врача-педиатра, 1 ставки медицинской сестры. Организацию работы по оказанию неотложной медицинской помощи осуществляет заведующий отделением – врач, имеющий сертификат по специальности «педиатрия». Контроль деятельности отделения возложен на заместителя главного врача по медицинской части. Прием пациентов, непосредственно обратившихся за неотложной помощью в поликлинику, осуществляется врачами отделения в специально выделенном кабинете. При необходимости используются процедурные кабинеты всех педиатрических отделений. На дому неотложная медицинская помощь оказывается выездной бригадой в течение двух часов с момента регистрации вызова в поликлинике. Основной задачей бригады является установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии показаний, оформление направления на госпитализацию в стационар по профилю заболевания.

В структуре обращения детей, требующих неотложной помощи, преобладает гипертермия, доля которой составляет 60%. На первом месте по частоте госпитализаций была острая хирургическая патология (у каждого третьего госпитализированного ребенка), на втором месте примерно с одинаковой частотой – бронхообструктивный синдром с дыхательной недостаточностью II и III степени, травмы, острые пневмонии, анафилактические реакции (у каждого десятого). Госпитализации подлежали также дети, имеющие ОРВИ с тяжелым течением, стенозирующие ларинготрахеиты III степени, острые кишечные инфекции с явлениями токсикоза и эксикоза, острые состояния в урологии (почечная колика, острая задержка мочи), в нефрологии (острый пиелонефрит), неврологии (декомпенсированные состояния, судорожный синдром), в кардиологии (декомпенсация работы сердечнососудистой системы, артериальная гипертензия).

Поводы для вызова бригады неотложной медицинской помощи:

1. Температура тела выше 38,5°C на момент вызова, не снижающаяся при приеме лекарственных средств, в том числе сопровождающаяся рвотой, сыпью, болью в животе.
2. Лающий, грубый кашель, хриплый голос, беззвучный, осипший голос, не связанный с аллергией, инородным телом.
3. Свистящее дыхание, слышное на расстоянии.
4. Рвота и жидкий стул у ребенка младше одного года (без признаков обезвоживания: запавших глаз, продавленного родничка, сухих слизистых, вялости); у детей старше одного года жизни – рвота, жидкий стул более 5 раз за сутки.
5. Обострение хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта без потери сознания, без признаков кровотечения, без резкого внезапного ухудшения состояния.
6. Онкопатология. Вызовы по поводу угрозы жизни ребенка (несчастный случай, травмы, электротравма, судороги, инородное тело, тяжелый приступ бронхиальной астмы, неукротимая рвота, острые боли в животе), а также все вызовы с улиц и иных учреждений, вне зависимости от повода, обслуживаются бригадами станции скорой помощи.

Данная информация доводится до родителей и имеется как на сайте поликлиники, так и на информационных стендах педиатрических отделений. Также определен порядок организации приема вызовов, которые поступают: – от диспетчера по приему и передаче вызовов подразделения скорой медицинской помощи города;

– от регистратора детской поликлиники, принимающего вызовы на дом со всех педиатрических отделений;

– от врача, ведущего амбулаторный прием в поликлинике (если во время приема обратился ребенок, нуждающийся в оказании неотложной помощи);

– от населения.

Для приема вызовов выделена отдельная телефонная линия, внедрена стандартизированная форма их приема. Для регистраторов был разработан перечень вопросов, который при приеме вызовов позволяет проводить их сортировку в зависимости от срочности: в течение первых двух часов (вызов бригады отделения неотложной помощи) или в течение дня (вызов врача-педиатра). Если принимается решение о необходимости оказания неотложной помощи, то регистратор по телефону передает вызов дежурному врачу. Все вызовы, переадресованные станцией скорой медицинской помощи, поступают непосредственно на телефон отделения. Поступивший

вызов фиксируется в журнале регистрации вызовов для оказания неотложной медицинской помощи с указанием времени.

Одним из основных принципов функционирования отделения неотложной помощи, является преемственность в работе с врачами структурных подразделений поликлиники в проведении лечения. После оказания неотложной медицинской помощи и устранения или уменьшения проявлений неотложного состояния участковому врачу-педиатру передаются сведения о больном ребенке для дальнейшего наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и лечения. На следующий день участковый педиатр обязательно посещает этого ребенка. В случае отсутствия эффекта от оказанной медицинской помощи, ухудшения состояния больного и возникновения угрожающих жизни состояний врач-педиатр, осуществляющий неотложную медицинскую помощь, организует вызов бригады скорой медицинской помощи или, в случае угрозы жизни пациента, бригады интенсивной терапии. При невозможности выполнения вызова в пределах рабочего времени работниками по решению дежурного администратора детской поликлиники вызов передается для обслуживания в подразделение скорой медицинской помощи, о чем делается отметка в журнале регистрации вызовов для оказания неотложной медицинской помощи. После оказания неотложной медицинской помощи заполняется история развития ребенка (ф. 112/у).

Чтобы формализовать и унифицировать записи педиатра, предотвратить дефекты оформления первичной медицинской документации, создан протокол осмотра, в котором указываются анамнез заболевания, эпидемиологический, аллергологический анамнез, данные объективного осмотра и виды выполненных дополнительных исследований, что позволяет оценить тяжесть состояния ребенка и сформулировать диагноз. Указывается проведенная неотложная терапия, эффект от нее, дальнейшая тактика, рекомендации. Кроме того, в протоколе указываются паспортные данные, номер медицинского полиса.

Реформирование здравоохранения направлено на расширение использования информационных технологий – электронной документации, баз данных, а также ведение электронного мониторинга лечебных учреждений. Это важно для качественной работы отделения, так как врач приходит в незнакомую семью и имеет ограниченное время для оказания помощи. Поэтому важно быстро получить информацию. При этом наиболее тяжелые пациенты – это дети с ограниченными возможностями здоровья. В отделении создана электронная база данных детей-инвалидов. В ней имеется информация об основном диагнозе и сопутствующей патологии, тяжести заболеваний,

получаемой базисной терапии, возможных неотложных состояниях и алгоритме оказания медицинской помощи при них. Это позволяет врачам оперативно получить всю необходимую информацию о ребенке при поступлении вызова, что улучшает качество их работы.

Для диагностики неотложных состояний используется пульсоксиметр, глюкометр, термометр, тонометр. Врачи владеют техникой сердечно-легочной реанимации. В поликлинике разработаны рекомендации по оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях. Каждый врач отделения, а также каждый участковый педиатр имеет карманный справочник, в котором указаны возрастные дозы лекарственных препаратов, физиологические нормы, шкалы, таблицы оценки тяжести состояния, алгоритм действия при неотложных состояниях, а также порядок сердечно-легочной реанимации.

Для совершенствования работы по оказанию неотложной медицинской помощи в рамках программы методического центра детской поликлиники под контролем заведующего регулярно проводятся занятия и семинары для врачей по тактике оказания медицинской помощи при неотложных состояниях. Разработан порядок контроля работы отделения. Еженедельно заведующая на планерке докладывает главному врачу и руководителям структурных подразделений объем проведенной за неделю работы, информирует о сложных случаях, нестандартных ситуациях и проблемах. Это позволяет оперативно принимать управленческие решения и ликвидировать возникающие трудности.

Роль врача в работе кабинета неотложной помощи

Опыт работы дежурного врача в детской поликлинике следует признать позитивным, так как оно позволило значительно улучшить качество и повысить доступность и оперативность оказания неотложной медицинской помощи детскому населению.

Во-первых, сократилось время ожидания врача пациентом при неотложных состояниях. Стало меньше очередей. В любое время можно обратиться за помощью, так как для этого есть отдельная ставка врача.

Во-вторых, снизился процент госпитализации – в основном за счет случаев острых респираторных заболеваний, протекающих с бронхообструкцией, выраженной и длительной гипертермией, явлениями стеноза.

В-третьих, улучшилось качество медицинской помощи детям-инвалидам с онкологической и неврологической патологией, перенесшим травмы и тяжелые операции, прикованным к постели, детям с пороками развития, пациентам, которые ждут последующих этапов оперативных вмешательств. Ликвидация у них декомпенсированных состояний позволяет предотвратить госпитализацию в стационары города. Создана компьютерная база данных детей-инвалидов всех трех педиатрических отделений с указанием базовой терапии, возможных urgentных ситуаций, которые могут возникнуть у того или иного пациента. При необходимости организуется совместный выезд с врачами-специалистами к такому ребенку и консилиум на дому.

Безусловно, опыт работы дежурного врача показал его состоятельность, необходимость и востребованность. В перспективе планируется полная компьютеризация службы неотложной помощи, создание общей электронной базы. Это позволит создать единую базу данных всех пациентов, унифицировать работу как среднего медицинского персонала, так и врачей отделения. Укрепление материально-технической базы и повышение профессионального уровня сотрудников отделения будут способствовать дальнейшему повышению качества оказания медицинской помощи детскому населению

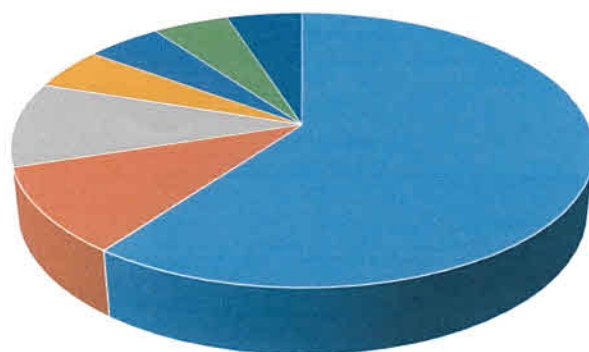
Эффективность работы кабинета неотложной медицинской помощи ГУЗ
«ДКП № 15» %

№	Критерий	План	Факт
1	Доля обслуженных вызово	100 в мес	100
2	Доля дефектов диагностики и лечения, проводимых в отделении	0-5	0
3.	Доля осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций	0-5	0
4.	Использование диагностических мероприятий для постановки диагноза и оценки тяжести состояния (термометрия, измерение АД)	95-100	100
5.	Доля случаев обоснованной госпитализации	95-100	97
6.	Доля случаев несвоевременной госпитализации, приведшей к ухудшению состояния больного и развитию осложнений	0	0
7.	Доля случаев расхождения диагноза при направлении в стационар	0-5	3
8.	Преемственность в работе отделения неотложной помощи (доля случаев передачи активов участковому врачу-педиатру после оказания неотложной помощи)	95-100	100
9.	Доля обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссией	0	0

Собственное исследование

В структуре обращения детей, требующих неотложной помощи, преобладает гипертермия, доля которой составляет 60%. Гипертензия составляет 10%, анафилактические реакции 10%, стенозы гортани 5%, травмы 5%, острая хирургическая патология 5%, бронхообструктивный синдром 5%.

Анализ обращения



- Гипертермия
- Анафилактические реакции
- Травмы
- Бронхообструктивный синдром
- Гипертензия
- Стенозы
- Острая хирургическая патология

Выводы

На основе вышесказанного можно сделать вывод, что в настоящее время предпринимаются много мер для удобства пациентов, в поликлиниках исчезают очереди, помощь оказывается быстро. Выполняются требования Терриориальной программы государственных гарантий

«Время ожидания медицинского работника на дому для оказания медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать двух часов с момента обращения в медицинскую организацию в рамках графика работы медицинской организации.»

Список литературы

1. ПРИКАЗ от 7 марта 2018 г. N 92н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
2. ЗАКОН ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 25 декабря 2017 года N 139-ОД О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2018 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2019 И 2020 ГОДОВ
3. Консультант – врача (Электронный ресурс): электронная информационно – образовательная система. Версия 1.1 д: «Амбулаторно – поликлиническая педиатрия» (национальный проект «Здоровье») М.: ГЭОТАР - Медиа50 2015
4. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 3-е изд., исп. и доп. /Под ред.СПб.: СпецЛит 2014
5. Поликлиническая педиатрия : учеб. пособие для студентов педиатрич. фак. мед. вузов / и др. ; под общ. ред. Калмыкова; М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава 2015
6. Васильева неотложной помощи детям на догоспитальном этапе: учеб. Пособие. Иркутск: Изд – во ИГМУ 2015

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 3 группы

Маслова Анна Евгеньевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова